

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 178

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA
PLEURÉSIE PURULENTE INTERLOBAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Mathieu CHAFFAL

NÉ A LYON LE 31 DÉCEMBRE 1870



LYON

IMPRIMERIE DU SALUT PUBLIC

71, RUE MOLIÈRE, 71

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA
PLEURÉSIE PURULENTE INTERLOBAIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 178

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA
PLEURÉSIE PURULENTE INTERLOBAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

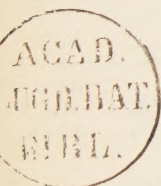
Et soutenue publiquement le 25 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Mathieu CHAFFAL

NÉ A LYON LE 31 DÉCEMBRE 1870



LYON
IMPRIMERIE DU SALUT PUBLIC
71, RUE MOLIERE, 71

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN
LACASSAGNE.	ASSESEUR
CROLAS.	QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		X...
Clinique des maladies mentales		FOCHIFR.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des Enfants	WEIL, agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, id.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, id.
Accouchements.	POLLOSSON (A.), id.
Propédeutique médicale	ROQUE, id.
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE, id.
Botanique	BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. CONDAMIN.	MM. VALLAS.	MM. PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M.P. COURMONT, président ; M. Roux, assesseur ;
MM. BARRAL et SAMBUC, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE CHÉRIE

PRÉFACE

Ce n'est pas poussé par le désir d'écrire une œuvre tout à fait originale que nous avons choisi la Pleurésie purulente interlobaire comme sujet de notre thèse inaugurale. Notre ambition est beaucoup plus modeste. De l'étude de quelques observations complètes jusqu'ici publiées et de celles, encore inédites, que nous avons eues à notre disposition, nous espérons pouvoir montrer que le diagnostic de cette affection est possible, quoique difficile, avant le vomique; qu'il faut opérer très vite dans tous les cas; qu'il est, enfin, une variété de ces empyèmes qui, même après la vomique, guérit mal ou trop lentement, parce que la fistule trachéo-pleurale persiste et facilite la réinfection de la cavité. Il y a, dans ces cas, nécessité de traiter ces abcès intra-pleuraux comme certaines collections suppurées à parois rigides et de tamponner à la gaze stérilisée l'ancre purulent, pour créer de bonne heure des adhérences favorables à l'oblitération fistulaire.

Nous remercions ici tout particulièrement M. le Dr Duplant, chef de clinique médicale à la Faculté, qui nous a toujours témoigné l'amitié la plus éclairée et la plus bienveillante. Nous lui devons l'idée première de notre travail et deux de nos observations inédites. Qu'il soit bien assuré de notre vive reconnaissance.

Nous remercions bien sincèrement MM. les professeurs Bouveret et Roque, ainsi que M. Josserand, médecins des Hôpitaux de Lyon, qui nous ont permis, chacun, si volontiers, de publier une de leurs observations.

Toute notre gratitude est acquise à M. le Professeur P. Courmont, en échange de l'insigne honneur qu'il nous fait d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous n'aurions enfin garde d'oublier d'apporter l'humble tribut de notre sincère reconnaissance à nos maîtres durant notre Externat : à la mémoire du très savant et très regretté Professeur Ollier, à MM. les Professeurs Poncet et Lannois, à M. Drivon, médecin honoraire des Hôpitaux.

HISTORIQUE

Nous devons à BAYLE (1810) la première notion exacte sur les pleurésies purulentes interlobaires, qu'il distingue des abcès du poumon. LAENNEC montre que la vomique, dans la majorité des cas, est un symptôme très important de ces empyèmes enkystés. BROUSSAIS et CAJOL concluent de même.

LHERMINIER, dans ses Cliniques, nous donne une bonne observation de pleurésie interlobaire.

CHOMEL considère la vomique comme le seul signe pathognomonique de cet empyème, qu'on ne peut déceler souvent ni par l'auscultation, ni par la percussion.

Cet épanchement enkysté n'est, pour CRUVEILHIER, que la suite ordinaire d'une pleurésie générale.

BARON (in thèse, Paris, 1841) indique, à droite, au niveau du sillon supérieur du poumon, la plus grande fréquence de la localisation.

MONNERET croit à la nature tuberculeuse du plus grand nombre de ces collections.

STOKES et GRAVES, en Angleterre, les confondent encore avec les abcès du poumon.

TROUSSEAU et JACCOUD, dans leurs Cliniques, différencient définitivement par de magistrales descriptions cette pleurésie si spéciale des abcès intra-pulmonaires.

GRISOLLE, HARDY, BÉHIER, FERNET, dans les Dictionnaires ou les Traités, étudient le sujet dans son ensemble, et, tous insistent sur la difficulté du diagnostic avant l'apparition de la vomique.

NOEL GUÉNEAU DE MUSSY écrit, en 1879, un Mémoire sur le pneumothorax enkysté et consacre quelques pages à la forme interlobaire.

FRANK, de Bordeaux, publia, la même année, une observation de pleurésie séreuse interlobaire, donnant les symptômes d'une caverne pulmonaire.

Les thèses de doctorat de PERRIER (1878), de MESA (1879), de MARTINELLI (1885), la thèse d'agrégation de DAMASCHINO complètent cette première étape de l'histoire de la pleurésie interlobaire.

Plus tard, les Cliniques de M. POTAIN apportent une plus grande précision à l'étude du diagnostic de cette affection.

Ce sujet a été traité plus récemment au point de vue chirurgical et bactériologique.

Depuis les débuts de la chirurgie pleuro-pulmonaire, les opérateurs se sont efforcés de déterminer d'une façon exacte la situation des espaces interlobaires, par rapport à la paroi costale, pour abor-

der les scissures avec des points de repère constants. LUSCHKA, EICHHORST, PAILHAS, JÆSSEL font tour à tour de ces scissures une description d'une exactitude contestée dans la suite.

C'est ROCHARD, en 1892, qui a eu le mérite très grand d'indiquer aux chirurgiens la voie exacte permettant d'aborder facilement les empyèmes centraux.

M. le Professeur TERRIER a consacré, dans son *Ouvrage sur la chirurgie du poulmon*, quelques pages aux pleurésies interlobaires. Depuis, CHARLES GIRARD soutenait devant la Faculté de Montpellier (1898) une thèse remarquable sur la pleurésie interlobaire considérée au point de vue médico-chirurgical.

Au point de vue bactériologique, il faut signaler, d'après les nombreux auteurs qui se sont occupés de la question, qu'on a trouvé dans le liquide de ces pleurésies une très grande variété microbienne : staphylocoque, streptocoque, bacilles non spécifiés, pneumocoque et tétragène. Mais ce sont les streptocoques et les pneumocoques, seuls ou associés, qui sont les agents les plus communs de la suppuration.

Nous n'oublierons pas de mentionner les ouvrages plus récents que nous avons pu consulter. D'abord le très remarquable article de GÉRARDHT (in Berlin. Klini. Wochenschrift, 1893). Puis, le travail original de DUPLANT, paru dans la *Province médicale* de 1898, travail dans lequel se trouve une bonne étude des pleurésies interlobaires. Enfin, il nous faut faire mention des Leçons cliniques de M. le Profes-

seur DIEULAFOY (années 1898-99), où sont magistralement exposées les particularités cliniques de cette affection, dont le diagnostic reste toujours si difficile et si incertain avant la vomique. On voit qu'il y insiste sur l'absolue nécessité de pratiquer l'opération dès le diagnostic établi.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

LUSCHKA est le premier qui, en 1857, donna une description sommaire du trajet des scissures, limitant les lobes pulmonaires. Eichhorst, en Allemagne, Pailhas en France, reproduisent, sans y rien changer, ces données anciennes. JÆSSEL, (in Anatomie topographique — Bonn — 1889) n'apporte pas davantage de notion nouvelle. ROCHARD, dans son remarquable travail paru en 1892, nous a laissé une description plus exacte et plus complète de ce trajet, le rapportant à des points de repère précis, pris sur le squelette.

Voici le résumé de ses constatations :

A droite, la *grande scissure* ou *scissure oblique*, la *petite scissure* ou *scissure horizontale* sont à considérer. La première débute dans le cinquième espace intercostal, en arrière, pour aboutir, en avant, au niveau de la cinquième côte. Sa direction se rapproche de celle des côtes avec lesquelles elle est en constant rapport. La seconde scissure naît en arrière de la grande scissure au niveau de la ligne axillaire pour, de là, se porter à peu près horizontalement en

avant et se terminer sur le bord libre du poumon, à peu près au niveau du troisième espace intercostal.

A gauche, il n'y a qu'une scissure; elle est oblique. Son point d'origine, presque toujours moins élevé qu'à droite, se montre au niveau de la sixième côte, *en arrière*. De là, la ligne se dirige en haut et en arrière, décrivant une courbe à convexité supérieure sur la face latérale du poumon. Dans ce trajet elle cotoie la cinquième côte, plus rarement la quatrième ou la sixième, pour venir se terminer au voisinage du quatrième espace intercostal.

ROCHARD insiste sur la plus grande obliquité de la scissure gauche — qui en avant descend plus bas et remonte plus haut en arrière. Il a très bien noté que, au niveau de la ligne axillaire, comme dans le reste du trajet d'ailleurs, c'est la cinquième côte ou mieux le cinquième espace intercostal qui correspond à cette scissure. Dans son dessin, le champ opératoire pour le chirurgien, *le champ de Rochard*, comme nous le nommerons, est limité : en dehors, par le bord externe de l'omoplate; en dedans, par l'anneau des cartilages des V^e, VI^e et VII^e côtes; en bas, par la VII^e côte; en haut, par le quatrième espace.

Nous ne serions pas revenu sur la description de ROCHARD, si nous n'avions à ajouter quelques détails, bien minimes, sans doute, à l'ensemble de ses données anatomiques. M. DUPLANT, à l'obligeance duquel nous devons en grande partie les matériaux originaux de notre thèse, eut naguère l'idée de vérifier le trajet des scissures pleuro-pulmonaires normales. Ceci à propos des deux observations qu'il recueillit récemment.

Il est incontestable que la description ci-dessus résumée, correspond à l'immense majorité des cas normaux. Ce n'est donc pas la critiquer que d'y ajouter les réflexions suivantes, visant deux points de détail :

1° En arrière, près de son origine, au bord postérieur du poumon, dans le premier quart de son trajet, la scissure interlobaire semble avoir une direction oblique ascendante. Elle dessine une boucle à convexité supérieure beaucoup plus marquée qu'on ne l'admet d'ordinaire ;

2° La surface de séparation entre les deux lobes supérieur et inférieur du poumon n'est pas une rampe droite, régulièrement et obliquement inclinée d'arrière en avant. Elle affecte, au contraire, la forme d'une rampe hélicoïdale, virtuelle sans doute, qui tournerait autour d'un axe constitué par le hile du poumon et les grosses divisions bronchiques. C'est le bord externe de cette rampe qui apparaît à la surface pulmonaire, dessinant à nos yeux le trajet de la grande scissure oblique, droite ou gauche. Ce bord externe est distant du hile d'environ cinq centimètres, au voisinage des corps vertébraux dans le sinus costo-vertébral ; puis, en même temps qu'il remonte pour atteindre le point culminant de sa courbe, à une distance du sommet pulmonaire, variant entre cinq et six centimètres, il s'éloigne encore du hile dont huit centimètres le séparent à ce niveau.

Il résulte qu'on peut affirmer que :

a) La scissure oblique, au-dessous de l'omoplate,

semble plus élevée qu'on ne le croit généralement. Elle pourrait atteindre l'épine de l'omoplate ;

b) Les empyèmes collectés et enkystés en ce point de la scissure interlobaire, entraînés, d'une part, vers le hile, sous l'influence de la pesanteur, seront, d'autre part, assez éloignés de la paroi costale, grâce à l'interposition d'une couche notable de parenchyme pulmonaire sain, appartenant au lobe inférieur.

Ainsi le souffle, comme signe de début, sera perçu parfois dans la fosse sus-épineuse, ce qui n'a de paradoxal que l'apparence. De plus, les signes physiques, donnés par cette collection, situées plus profondément qu'on ne l'imagine, seront très atténués, pendant quelques jours d'ailleurs, ils resteront absents ou peu nets. Enfin, si l'on veut faire une ponction exploratrice, à l'aide de la seringue de Pravaz, au niveau de la matité maximum, cette ponction courra grand risque de rester blanche. Pour trouver le pus, il faudra donner à l'aiguille de l'instrument une certaine longueur suffisante pour traverser l'épaisseur du tissu pulmonaire du lobe inférieur qui masque la scissure.

C'est, à notre avis, pour n'avoir pas pris cette précaution que le nombre des ponctions négatives est si grand, ainsi qu'on le verra, par la lecture des observations.

OBSERVATIONS

Nous citerons d'abord plusieurs observations, déjà publiées, fort intéressantes par la netteté de leurs symptômes et leur évolution. Nous les résumerons aussi brièvement que possible.

PREMIÈRE OBSERVATION RÉSUMÉE

(TIRÉE DES CLINIQUES DE M. DIEULAFÖY. — ANNÉE 1898-99.)

Homme. Pleurésie interlobaire gauche.

Début le 25 septembre 1899. — Brusquement, après l'exposition à un courant d'air, le malade éprouve de petits frissons, une courbature intense et de la fièvre. Le soir, apparaît dans le côté une douleur « à crier », dit le malade. Dès lors, il se plaint d'une toux sèche, sans expectoration, qui ne cesse pas. Dans la journée du 8 octobre, l'haleine devient mauvaise; la femme du malade en est incommodée. Quelques crachats purulents fétides sont notés; il y a de l'inappétence, un mauvais état général.

Au 12^e jour, le 9 octobre, le malade entre à l'hôpital, où on constate tout d'abord une dyspnée extrême, un aspect bien cachectique, mais pas de fièvre.

Il existe des râles et du souffle dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche, quelques frottements-râles.

Bande bien nette de matité suspendue « en écharpe » du cinquième au huitième espaces intercostaux. Dans la région mate, pas de vibrations, pas de murmure vésiculaire, pas d'égophonie.

Cœur légèrement dévié. Espace de Traube sonore.

Skodisme léger sus-claviculaire.

Pneumocoques dans les crachats fétides.

Absence de la phase initiale de la pneumonie.

Les jours suivants, la température atteignit 40°.

Vomique nette le 15 octobre, au 19^e jour depuis le début de la maladie ; le pus rejeté était très fétide. — Depuis, apparition d'un souffle cavitairé doux.

Le malade est opéré par M. Marion, chef de clinique de M. le Professeur Duplay. Une incision est faite depuis le bord externe de l'omoplate jusqu'à l'aisselle, au niveau de la cinquième côte. On enlève huit centimètres de la sixième côte. Une cavité, bien limitée en haut et en bas, est mise à jour, évacuée et drainée. Le pus renfermait des pneumocoques et divers cocci.

La guérison survint, parfaite, quinze jours après l'opération ; elle fut définitive.

DEUXIÈME OBSERVATION RÉSUMÉE

(TIRÉE DES CLINIQUES DE M. DIEULAFOY. — ANNÉE 1898-99.)

Fillette 10 ans. Pleurésie interlobaire gauche.

Début 2 juillet 1899. — Au 3^e jour, on note : point de côté violent, oppression, température très élevée, pas de crachats. (Il n'y en avait jamais eu, bien que l'enfant ait su expectorer.)

Demi-sonorité dans tout le poumon gauche. Souffle rude, quoique ni tubaire, ni voilé, dans la partie moyenne et inférieure, en arrière.

Quelques râles sous-crépitaux et des frottements-râles.

Fièvre vive, température se maintient entre 39° et 40°. Durant quelques jours, il y a persistance de cet état. Le diagnostic reste très incertain.

Cependant le cœur apparut bientôt légèrement dévié à droite. Pas de signes de pleurésie nets. Espace de Traube sonore. Vibrations thoraciques conservées. Même température élevée.

Au 12^e jour de l'affection, la matité se cantonne plus exactement dans l'aisselle et en avant.

Au 15^e jour, elle apparaît des plus nettes dans les mêmes points.

Au 17^e jour, vomique.

La température persistant élevée, malgré une abondante évacuation de pus, on opère trois jours après la vomique.

M. Tuffier fit une incision à la partie moyenne de l'aisselle. Le pus se montrait voisin du médiastin. On l'évacue. La cavité est bourrée de gaze stérilisée. Il se produit une amélioration très sensible. Mais la guérison tarde à venir. Il se fait de nouvelles poussées fébriles ; on pratique alors une contre-ouverture de drainage.

La guérison survient, lente, mais demeure parfaite.

Le pus, examiné, renfermait du pneumocoque associé au tétragène.

TROISIÈME OBSERVATION DE LETULLE, RÉSUMÉE

(IN MÉMOIRE DE ROCHARD.)

Homme 36 ans. Pleurésie interlobaire droite.

Expectoration très abondante, continue. Fièvre marquée. Douleurs thoraciques vives.

Matité. Signes d'épanchement.

Dix ponctions à l'aiguille exploratrice sont pratiquées vainement par M. Ricard ; trois autres également sans succès par M. Letulle. On trouve enfin le pus au niveau de la zone mate, dans l'aisselle.

L'opération est faite par M. Ricard. Résection de quelques centimètres de la quatrième côte. Ouverture et évacuation complète du foyer.

Guérison sans fistule au bout de 34 jours.

QUATRIÈME OBSERVATION DE M. LETULLE, RÉSUMÉE
(1898)

(IN CLINIQUES DE M. DIEULAFOY)

Garçon, 23 ans. — Pleurésie interlobaire gauche.

Vomique 6 semaines après le début. — Oppression. — Douleurs vives. — Expectorations dès lors très abondantes. — Mauvais état général. — Un peu de fièvre.

Râles humides de timbre amphorique, dans la partie moyenne du poumon gauche.

Hémoptyses abondantes, qui cessent spontanément.

Nombreuses ponctions exploratrices, sans résultat. Une dernière ramène 2 centimètres cubes de pus franc à staphylocoques.

L'opération est pratiquée par M. Segond, elle donne issue à un litre environ de pus. Les suites en furent simples.

Guérison en quelques semaines.

CINQUIÈME OBSERVATION DE M. POIRIER, RÉSUMÉE

(IN MÉMOIRE DE ROCHARD)

Homme. — Pleurésie interlobaire droite.

Dyspnée vive. — Fortes douleurs thoraciques à droite.

Vomiques récentes et fréquentes.

Matité et voussure dans l'aisselle droite.

Opération. — Résection de douze centimètres des cinquièmes et sixièmes côtes. Ouverture et évacuation d'une cavité contenant un litre de pus.

Guérison en deux mois.

SIXIÈME OBSERVATION RÉSUMÉE

(PREUGRUEBER ET DE BEURMANN. — IN BULL. DE L'ACAD. DE MÉD. —
19 OCT. 1886)

Fillette, 12 ans. — Ancienne pleurésie interlobaire droite.

Début quatre ans auparavant. — Douleurs à droite, vives. — Crachements sanguins abondants. — Accalmie. — Vomique 6 mois après. — Guérison apparente. Puis nombreuses rechutes.

En tout, il y eut 10 vomiques, avec le même tableau clinique, et cela par périodes.

Au bout de ce long temps, l'enfant est amenée à l'hôpital. L'examen pratiqué montre une grande excavation dans la partie moyenne du poumon droit. — Pas de Bacilles de Koch.

Opération. — Evacuation et drainage.

Guérison presque complète en trois semaines.

SEPTIÈME OBSERVATION RÉSUMÉE

(CAS DE ROSENBACH. — IN ENCYCLOPÉDIE DE NOTHUAGEL. 1889)

Femme. — Pleurésie interlobaire gauche.

Empyémé d'origine puerpérale, enkysté. — Nécessité d'ouvrir la caverne purulente par la thoracotomie. — Bronchite ancienne.

Accouchement récent. — Début subit par des frissons répétés. — Fièvre et douleurs. — Signes d'épanchement à gauche. — Faiblesse excessive. — Mauvais état général. Le cœur est déplacé.

Une première ponction exploratrice est faite sans succès. Une deuxième ponction prise de l'angle supéro-interne de l'omoplate, pratiquée avec une aiguille plus longue, donne issue à 100 centimètres cubes de pus.

L'opération faite vers le septième espace intercostal, permet d'évacuer encore 400 centimètres cubes d'un pus jaune.

Guérison survint en 10 semaines, malgré la persistance d'une légère fistule cutanée qui s'oblitéra dans la suite.

HUITIÈME OBSERVATION DE M. OLIVIER, RÉSUMÉE

(IN THÈSE MILLET. PARIS, 1890)

Fillette, 6 ans. — Pleurésie interlobaire droite.

Début par frissons, fièvre, point de côté. — Quintes de toux violentes.

25 jours après, haleine remarquablement fétide, puis expectoration abondante.

A droite, entre le lobe moyen et le lobe inférieur du poumon, on note une zone mate à la percussion, et à l'auscultation un souffle amphorique. — Il y a des vomiques fréquentes, plusieurs fois par jour.

La fièvre se maintient élevée. L'état général va s'aggravant chaque jour davantage.

Le traitement médical ne donne rien.

On n'opère pas.

L'enfant meurt trois mois au plus après le début de sa maladie.

NEUVIÈME OBSERVATION DE M. CHAUFFARD

(IN THÈSE MILLET. PARIS, 1890).

Vieille femme, 63 ans. — Pleurésie interlobaire droite.

Début brusque par fièvre, frissons, point de côté.

Dyspnée très intense.

En arrière, à droite, submatité dans les deux tiers inférieurs du poumon. Pas de murmure vésiculaire net.

En ce même lieu un souffle, expiratoire léger.

Les ponctions exploratrices pratiquées dans divers espaces intercostaux restent vaines.

Un peu plus tard, il apparaît un souffle caverneux très net, dans la partie moyenne du poumon droit. Dans ce lieu on fait alors une ponction, qui ramène environ 100 grammes de pus sanieux et fétide.

L'examen microscopique y décèle la présence de streptocoques, de microcoques et de bâtonnets variés.

On fait plusieurs ponctions évacuatrices, suivies de lavages antiseptiques.

On n'obtient aucun bon résultat. De longs mois, la malade reste confinée au lit. Elle meurt deux ans après le début de sa maladie.

DIXIÈME OBSERVATION RÉSUMÉE

(IN THÈSE MARTINEZ MESA. PARIS, 1879)

Homme. — Pleurésie interlobaire gauche.

Vomique. Expectoration purulente prolongée durant cinq mois. A ce moment on tente une ponction évacuatrice au trocart. Celui-ci est même laissé à demeure durant quatre mois.

Alors le malade meurt, son autopsie montre que toute l'étendue de la scissure interlobaire gauche est transformée en une cavité pleine de pus, dont les parois épaissies et sclérosées ont englobé une notable partie du tissu pulmonaire voisin. Il existait une notable dilatation bronchique.

ONZIÈME OBSERVATION DE M. SERGENT

(PUBLIÉE IN PRESSE MÉD. DU 22 AOÛT 1900)

Femme. — Pleurésie interlobaire gauche.

J... R..., 20 ans, entre le 23 juillet 1893 dans le service de M. le professeur Grancher. Elle avait présenté tous les signes d'une pneumonie gauche, qui fit sa défervescence deux jours après l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le 26 juillet, au soir, nouveau point de côté.

• La température s'élève d'un coup à 39°.

La dyspnée, la fièvre, la constatation d'une zone de matité avec diminution des vibrations dans la moitié inférieure du poumon gauche, la présence des frottements pleuraux dans toute la hauteur de ce côté, indiquent une complication pleurale.

Le 28 juillet, survint la vomique, bien caractérisée, suivie de l'apparition de signes cavitaires localisés sur le trajet de la scissure interlobaire.

Le pus, évacué par la vomique, contenait du pneumocoque à l'état de pureté. Pendant les quatre jours suivants, la température oscilla entre 38° et 39°,5.

Le crachoir était rempli d'un pus épais, verdâtre, mélangé de sang.

Examen du poudon.

La partie moyenne et postérieure de la région axillaire présentait un soufflé amphorique. La toux faisait percevoir un tintement métallique et de nombreux râles sonores à grosses bulles. Le siège de tous ces bruits correspondait manifestement au trajet de la scissure interlobaire.

Les 29, 30, 31 juillet, l'état de la malade reste stationnaire, tant au point de vue des signes locaux que des symptômes généraux.

Les frottements pleuraux sont plus rares. Les signes pseudo-cavitaires s'entendent seuls dans l'aisselle. L'expectoration reste toujours abondante mais il n'y a plus à proprement parler de vomique.

Le diagnostic de pleurésie interlobaire semble certain.

L'amélioration que présente la malade fait repousser l'idée d'une intervention chirurgicale. Jusqu'au 25 août, l'amélioration continue. L'excellence de l'état général, la disparition de la toux et de l'expectoration indiquent une guérison complète.

La malade quitte l'hôpital sur sa demande.

Quinze jours après, elle revient se plaignant d'engourdissement dans le bras droit, qui, en effet, est presque complètement paralysé. Elle guérit rapidement de cette paralysie.

Au poudon, on ne constate alors qu'un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire au niveau de l'ancien foyer interlobaire.

Au mois de novembre, cette femme se met à maigrir; elle tousse et se croit poitrinaire. On ne trouve pourtant pas de bacilles de Koch dans les crachats. Dans la toux, il est facile d'obtenir au niveau de la scissure un soufflé un peu à timbre creux et des râles bulleux.

L'idée vint alors à l'esprit que la suppuration interlobaire n'était pas tarie et que le foyer couvrait sous la cendre.

Les mêmes accidents persistent, entrecoupés d'hémoptysies plus ou moins abondantes. La malade, malgré les conseils, se refusa à toute opération.

Dix-sept mois après la vomique initiale elle vomit, un matin, un énorme paquet de « glaires », dit-elle, et faillit en mourir.

Le 15 mars 1900, elle fut prise d'une nouvelle quinte de toux, très violente, qui fut suivie du rejet de sang, de pus et de membranes. Pendant quelques jours elle fut très oppressée, toussant et crachant encore un peu de sang mêlé de glaires.

Bientôt elle se remit complètement et put reprendre ses occupations.

L'auscultation ne révéla plus rien d'anormal.

L'auteur insiste à propos de ce fait, fort intéressant, sur les fausses guérisons que semblent déterminer les vomiques interlobaires. Dans son cas, seule l'expulsion tardive de la membrane pyogénique qui tapissait les parois de la scissure a pu délivrer spontanément, par bonheur, la malade des accidents dont elle a souffert pendant dix-huit mois.

Les observations que nous allons transcrire ci-après sont encore inédites.

DOUZIÈME OBSERVATION

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. DUPLANT, CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ.)

Jeune homme. — 20 ans. — Pleurésie interlobaire gauche. — Vomique. — Empyème opéré. — Guérison lente. — Le malade est un épileptique.

R... L..., 20 ans, tailleur d'habits, entre à l'hôpital, salle Saint-Augustin, dans le service de M. le Professeur Lépine, le 11 juillet 1900, parce qu'il tousse beaucoup et se sent très faible.

De ses antécédents héréditaires nous n'apprenons rien qui doive nous arrêter. Lui-même, il y a trois ans, eut une bronchite grave, qui a duré six mois et nécessita le repos au lit. Il se remit complètement, non sans être resté alité durant cinq mois. Depuis, de temps en temps, il avait toussé et craché du sang. Il n'avait toutefois pas beaucoup maigri, ni perdu ses forces durant cette période.

Depuis un mois seulement, son état s'est aggravé. Il se mit à tousser et à cracher davantage; bientôt il lui fallut cesser son travail. Il y a dix jours, il se sentit encore plus mal. Sans avoir ressenti de frissons, il éprouva un point de côté violent, à gauche, qui dura cinq jours. Il se mit alors au lit qu'il ne quitta plus jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A son entrée, la fièvre est vive (40° 4). Le malade a des sueurs profuses, une grande faiblesse, mais pas d'adynamie extrême.

Il tousse fréquemment.

Dans le crachoir, on trouve une expectoration purulente, qui n'est pas pneumonique. On voit, en outre, deux ou trois crachats constitués par du sang presque pur.

Pas de bacilles de Koch.

L'examen du poumon révèle :

A gauche, de la matité s'étendant de haut en bas. Les vibrations sont plutôt diminuées. On perçoit un souffle tubaire très net, prédominant dans la région scapulaire et au-dessous. On constate quelques bouffées de râles après la toux. En avant, le souffle est un peu moins marqué.

A droite. — Rien de net. On perçoit un léger souffle dans la région moyenne; mais il semble que ce soit le souffle du côté gauche transmis.

Le cœur est en place et normal.

Rien à signaler du côté de l'abdomen.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

14 juin. — Le souffle a un timbre creux évident.

15 juin. — Les crachats ne sont plus teintés par le sang. Le souffle diminue d'intensité. Mais le malade recommence à se plaindre d'un point de côté à gauche. Il existe latéralement et en arrière une zone au niveau de laquelle le murmure vésiculaire ne se fait pas entendre. Une matité franche apparaît à ce niveau.

Depuis l'entrée jusqu'au 18 juin, la température très élevée, en plateau, oscille régulièrement entre 39° 8, le matin, et 40° 4, le soir.

19 juin. — Le matin, au réveil, le malade a toussé, puis craché ensuite beaucoup : plusieurs crachats suivant une seule quinte de toux. Bientôt le crachoir est rempli d'un pus très fétide. Le malade a donc eu une vomique.

En arrière et à gauche, les signes constatés antérieurement persistent. En avant, on perçoit un souffle creux, presque amphorique, qui prédomine sous la clavicule et dans les deux espaces sous-

jacents. Léger œdème de la paroi thoracique de ce côté, en arrière et latéralement. Zone de matité en écharpe très nette.

La température est : matin 37°,6 ; soir 40°,5.

20 juin. — Une ponction exploratrice est pratiquée dans l'aisselle, à travers le sixième espace intercostal ; elle permet de retirer quelques centigrammes d'un pus très fétide. La matité axillaire correspond nettement au sixième espace.

On décide de livrer le malade au chirurgien, et on le fait passer dans le service de M. Jaboulay.

L'opération est pratiquée ce même jour, d'urgence. La paroi thoracique est incisée au niveau même de la ponction. La plèvre est mise à jour, l'abcès évacué. Le doigt introduit dans la cavité permet de sentir au-dessus et au-dessous de la poche, de fortes adhérences limitant l'abcès du côté de la grande cavité pleurale. Il sort un flot de pus très fétide. Drainage, puis pansement.

5 juillet. — On constate un effacement manifeste du thorax au-dessous de la clavicule. Il y a, au même endroit, de la matité et des râles éclatants, quelques-uns même avec timbre métallique.

En arrière on entend des râles jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate.

L'expectoration persiste avec abondance.

Malgré la vomique, malgré l'opération précoce, la température depuis le 20 juin offre un type très net à grandes oscillations entre 37°,8, le matin, et 39°,8 à 40°,4, le soir. Elle paraît vouloir conserver cette allure de fièvre hectique.

En présence de cette persistance des phénomènes généraux graves, il fallait penser que la fistule broncho-pleurale entretenait l'infection de la cavité.

M. Jaboulay se décida à pratiquer l'opération pratiquée par M. Forgues, puis par M. Tuffier. Après une résection costale suffisante, il bourra la cavité suppurante de gaze aseptique amollie, espérant ainsi créer des adhérences, capables d'obturer la fistule broncho-pleurale.

Pendant quelques jours, il se fit un peu de retention et la résorption des produits septiques fit élever encore la température ; mais, dans la suite, le drainage s'établit suffisamment parfait. Le malade fut très amélioré.

Il expectora du pus, encore durant un mois et demi à deux mois ; puis, il partit en convalescence à l'asile de Longchêne, d'où il revint

en fin septembre, à peu près guéri. Il acheva sa guérison dans le service.

Ce jeune homme était épileptique. Il eut plusieurs crises durant son hospitalisation et déclara, à l'interrogatoire, en avoir présentées antérieurement.

TREIZIÈME OBSERVATION

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. DUPLANT, CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ.)

Homme. — Pleurésie interlobaire gauche métapneumonique. — Opération faite avant la vomique. — Guérison très rapide, complète en quinze jours.

V... F..., né le 15 mars 1854.

Nous ne connaissons rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires. Lui-même n'a jamais été malade.

Il est suspect pourtant d'Ethylisme.

L'hiver dernier, il a toussé fréquemment.

Il avait souvent senti des points de côté à gauche, dans la poitrine.

Le samedi, 30 avril 1901, il eut un violent frisson, suivi d'un point de côté très intense, siégeant sur le rebord costal gauche des neuvième et dixième côtes. Le 2 mai, il présentait tous les signes d'une pneumonie du lobe supérieur : expectoration rouillée, dyspnée, point de côté, souffle tubaire et râles, crépitants au niveau de la fosse sous épineuse.

La température oscillait depuis trois jours entre 39°4 et 40°5.

Le pouls était très rapide, tendu, régulier.

L'application de larges vésicatoires, faite avant l'examen actuel, avait déterminé de la dyspnée et, semble-t-il, une albuminurie intense.

La pneumonie évolua normalement ; mais le point de côté resta toujours bien marqué, malgré l'application répétée de pointes de feu « *loco dolenti* ». Défervescence complète au huitième jour.

Le soir du dixième jour, réascension du thermomètre à 38°7. Après quelques oscillations, la température se maintient à 38°5.

11 avril. — Le malade accuse alors une douleur violente au niveau du sein gauche.

Il est très oppressé. Le pouls s'accélère. Le faciès indique une infection profonde.

On constate de la submatité à la base du thorax et une zone de matité franche au niveau des cinquième et sixième espaces intercostaux, dans la région scapulaire.

Le cœur n'est pas dévié.

20 avril. — Une série de ponctions exploratrices, à l'aiguille de Pravaz, est faite sur la zone mate, en commençant un peu bas, c'est-à-dire au-dessous de la septième côte. La première ponction ne donne rien. La seconde, dans le sixième espace, nous permet d'obtenir du pus crémeux, sans odeur.

Le lendemain, 21 avril, sur la foi des auteurs, on tente une thoracentèse, avec la plus grosse aiguille de l'appareil Potain. Elle ne donne issue qu'à un petit verre de pus.

La dyspnée, les douleurs persistent. On décide alors une intervention chirurgicale que le malade accepte très volontiers.

23 avril. — L'opération est pratiquée par M. Gallois, chef de clinique chirurgicale. Dans le sixième espace, sur la ligne scapulaire, on fait une incision simple, sans résection costale, de quelques centimètres de longueur. Elle donne issue à un petit verre ordinaire de pus.

On était au vingt-cinquième jour depuis le début de la pneumonie. La cavité évacuée exactement, correspondait au trajet de la scissure interlobaire gauche dans sa région moyenne. Au-dessus, comme au-dessous de l'incision, on sentait, au doigt, la présence de fortes adhérences, limitant la grande cavité pleurale.

Le murmure vésiculaire s'entendait alors assez bien dans l'aisselle sur toute la hauteur du poumon ; assez bien aussi, entre le lieu de l'incision et la colonne vertébrale. Il était presque nul au voisinage de la base ; mais, on percevait, de temps en temps, quelques-uns de ces petits râles très secs, très superficiels, que l'on appelle des frottements-râles.

Le cœur n'avait jamais été dévié.

La température ne tomba pas d'une chute brusque, comme on aurait pu s'y attendre ; mais elle s'abaissa progressivement. L'évacuation de la cavité avait été complète, le drainage parfait. Pourtant le malade fit un abcès superficiel dans la région de l'aisselle, qu'il

fallut ouvrir six jours après. La chute de la fièvre fut, dès lors, complète et définitive.

Le douzième jour, les drains sont enlevés; il ne persiste qu'une très petite fistule, qui donne un suintement minime et ne tarde pas à s'oblitérer.

Une seule fois, on fit un lavage de la cavité intrapleurale, bien à tort, faut-il croire, puisque le soir même, le malade eût un grand frisson et demeura toute la nuit agité. Le lendemain, tout était rentré dans l'ordre. On ne renouvela pas cette intempestive manœuvre.

A partir du sixième jour après l'opération, on note que l'appétit revient rapidement. L'état général et l'état local s'améliorent. Ainsi bientôt la respiration est perçue, dans le poumon, jusqu'à l'extrême base.

L'examen radioscopique, pratiqué à ce moment, nous montre, à gauche, une tache sombre peu étendue, mais cependant nette, au niveau de l'espace interlobaire lésé. Il existe une certaine difficulté d'expansion du diaphragme dans la moitié correspondante du thorax.

On peut affirmer que la guérison, avec disparition de la cavité suppurante, était parfaite le quinzième jour après l'intervention.

SEIZIÈME OBSERVATION

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. ROQUE, PROFESSEUR AGRÉGÉ,
MÉDECIN DES HÔPITAUX.)

Jeune fille. — 16 ans. — Pleurésie interlobaire gauche.

D... Augustine, pupille de la Charité, entre à l'hôpital, dans le service de M. Roque, le 8 mars 1901. Elle est envoyée avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

La veille, elle avait eu une syncope assez longue, qui fut suivie de collapsus. Elle était malade depuis quelques jours, mais son état ne paraissait pas très grave.

On ne sait rien de ses antécédents héréditaires.

On ne relève rien de saillant dans son histoire personnelle. Elle paraît avoir toujours joui d'une bonne santé.

A l'examen, le diagnostic de fièvre typhoïde ne paraît pas évident de prime abord. On la met en observation. Le séro-diagnostic n'est pas pratiqué.

10 mars. — La malade se plaint surtout d'une douleur thoracique vive qu'elle localise, à gauche, en avant, au niveau de l'hypochondre.

L'auscultation permet d'affirmer, en arrière, à la base, une obscurité complète. La percussion montre là une zone de matité absolue.

La température atteint 39°2 le soir.

On pense à un abcès sous-phrénique.

Pour affirmer le diagnostic on tente plusieurs ponctions exploratrices qui restent vaines. Cette idée est abandonnée.

On décide de faire passer la malade dans le service de chirurgie de M. Vallas, où elle entre à la date du 11 mars.

Le même jour, une ponction pratiquée au trocart donne issue à 90 grammes environ d'un liquide louche séro-hématique. Plus rien ne s'écoule : on ferme l'orifice de la petite plaie cutanée. La malade est reportée dans son lit.

L'état général reste profondément atteint.

La fièvre se maintient vers 39° avec des oscillations moyennes entre le matin et le soir.

14 mars. — On fait, au même point, une nouvelle ponction qui laisse écouler quelques grammes d'un pus franc.

15 mars. — Maintenant bien décidé à intervenir, on fait une incision au niveau de la ligne axillaire. Plusieurs centimètres des huitième et neuvième côtes sont réséqués. On met à jour une vaste poche purulente, qui laisse écouler un flot de pus. Une certaine quantité est recueillie pour servir à l'examen et à l'ensemencement.

La cavité ainsi mise à jour, occupe la partie inférieure du poumon voisine du diaphragme, au niveau de la scissure interlobaire ; elle atteint la dimension d'une grosse orange. Elle est facilement évacuée et drainée.

A partir de ce moment, la malade est très soulagée. Son état général devient meilleur. La fièvre tombe, mais lentement. Enfin, elle sort guérie le 12 juin, trois mois après son opération.

Le pus de cette collection a été examiné. On y a vu un bacille cylindrique à extrémités arrondies, très mobile, se colorant bien par le violet de gentiane, ne prenant pas le Gram. Ce bacille pousse bien à l'étuve à 44° ; ne liquéfie pas la gélatine ; coagule le lait ; fait virer au rouge la teinture de tournesol. On est en droit d'affirmer que c'est le coli-bacille.

QUINZIÈME OBSERVATION

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. BOUVERET, MÉDECIN DES HOPITAUX.)

Jeune garçon. — Pleurésie interlobaire droite.

V..., 15 ans 1/2, tombe malade le 24 janvier 1900. Point de côté violent avec maximum dans le sein droit. Rien à l'auscultation. Toux sèche, pas d'expectoration.

Les jours suivants, dyspnée très vive. Pouls assez rapide (100-108). Toux fréquente. Expectoration peu abondante. Crachats composés de mucosités. Pas de fétidité des crachats.

A noter, aphonie survenue dès le deuxième ou le troisième jour de la maladie, assez rapidement.

Progressivement s'est établie de la submatité, puis de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, en arrière, sans qu'à l'auscultation on trouve autre chose que de la rudesse respiratoire et quelques gros râles. — A aucun moment on n'entend de râles crépitants pas davantage de bruit de souffle.

A gauche, quelques gros râles muqueux.

Le malade prend facilement trois ou quatre litres de lait, qui, une seule fois, amènent une diarrhée profuse.

1^{er} février. — Au dixième jour de la maladie, le malade est assis sur son lit, avec une dyspnée extrême (42 respirations par minute).

On constate, *à droite*, de la matité occupant les deux tiers inférieurs du poumon, l'aisselle et la poitrine à quatre travers de doigt de la clavicule. Les vibrations, autant qu'on peut le percevoir, ne sont pas abolies. Pas de voussure apparente. Cependant une mensuration pratiquée au niveau de l'appendice typhoïde donne un centimètre de plus à droite qu'à gauche. (?)

La respiration est rude du haut en bas, plus obscure vers la pointe de l'omoplate. A ce niveau et vers l'aisselle dans un espace très restreint on aperçoit un bruit de souffle léger et de la pectoriloquie.

La toux est toujours fréquente ; l'expectoration très peu abondante, nullement caractérisée.

Le pouls est rapide (112), régulier.

La pointe du cœur bat, en dehors de la ligne mamelonnaire à 3 centimètres environ.

La voix est toujours éteinte.

Les autres organes paraissent sains.

Les urines sont abondantes et ne contiennent ni sucre, ni albumine.

On pratique deux ponctions exploratrices avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, sous la pointe de l'omoplate, sans résultat.

3 février. — Même état général, mêmes signes que la veille. Le souffle et la pectoriloquie ont disparu.

Nouvelles ponctions à la base du poumon, avec une longue aiguille, sans résultat.

4 février. — Au douzième jour de la maladie. Mêmes symptômes. Quatre ponctions successives, en allant de la pointe de l'omoplate jusque dans l'aisselle et dans les espaces intercostaux inférieurs, ne donnent aucun résultat.

Le soir, la température, au lieu de monter à 40° comme elle le faisait chaque jour depuis le début de la maladie, reste à 39°

5 février. — Amélioration de l'état général. Même signe. Mais sonorité exagérée, sous la clavicule donnant presque un bruit de « pot fêlé », sans souffle amphorique, sans bruit d'airain.

La température tombe à 38°. La dyspnée diminue (28 à 32 respirations). Le pouls est moins rapide. La toux est moins fréquente.

7 février. — La sonorité s'est étendue à tout le sommet du poumon en avant et en arrière, en même temps que la respiration devient excessivement rude en arrière dans la fosse sus-épineuse.

La température est à 38°.

Même amélioration de l'état général.

8 février. — La sonorité a disparu.

La respiration soufflante du sommet a augmenté d'étendue.

La pointe du cœur est moins déviée.

9 février. — La température tend à se relever.

L'état général est moins bon.

Il y a de l'obscurité respiratoire à la base.

Pendant les jours suivants on a noté une augmentation progressive de la matité à la base, avec un peu de skodisme en avant.

Le malade reste constamment couché sur le côté droit et ne peut quitter cette position sans être aussitôt fort gêné. La toux est un peu plus fréquente. L'expectoration nulle.

La température s'élève de plus en plus et atteint 40° le soir du 13 février.

14 février. — Vingt-deuxième jour après le début.

On constate une voussure légère à la base du thorax, une matité absolue, une obscurité complète du murmure vésiculaire, une sensation de flot bien nette.

L'examen du larynx, pratiqué, fait voir la rougeur des cordes vocales et une paralysie de la corde vocale droite.

15 février. — La voussure est plus accentuée, la sensation de flot se perçoit sur une plus grande hauteur. Matité absolue à la base. Matité incomplète dans toute la partie supérieure du poumon. Par une ponction avec une seringue de Pravaz on retire du liquide purulent, sans odeur.

28 février. — L'épanchement de la grande cavité de la plèvre a augmenté et occupe la moitié de celle-ci.

La déviation du cœur est à nouveau plus accentuée.

Depuis deux jours le malade s'alimente mal.

Le malade est opéré par M. Jaboulay, avec un succès complet. La guérison eut lieu en quelques semaines.

SEIZIÈME OBSERVATION

(DUE À L'OBLIGEANCE DE M. JOSSEKAND, MÉDECIN DES HOPITAUX)

Homme, 40 ans. — Pleurésie interlobaire gauche.

Toux fréquente depuis 5 ans. Point de côté violent le 15 mai 1901. — Vomique le 22 mai. — Expectoration purulente abondante et très fétide. — Petite zone de matité suspendue en arrière et à gauche avec souffle léger à timbre creux.

R..., employé au P.-L.-M., entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte Jeanne, le 30 mai 1901, pour une pleurésie gauche qui, dit-il, daterait de près d'un mois.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ou familiaux. Tous ses parents se portaient ou se portent bien. Sa femme est en bonne santé, il en a eu deux enfants, dont l'un est vivant et bien portant, l'autre est mort en bas âge (3 ans) d'une entérite.

Personnellement, bonne santé habituelle. C'est un individu très robuste en apparence. Il avoue de fréquents excès alcooliques, surtout lorsqu'il était en Algérie, où il passa récemment trois années.

Il a cinq ans, il eut une bronchite qui dura deux mois. Depuis,

chaque hiver, il toussait pendant un ou deux mois et souvent il avait des points de côté, surtout à gauche.

Cette année même, il toussait depuis quelques semaines, sans en être incommodé, lorsque débuta assez brusquement l'affection actuelle.

Le 3 mai, après le repas du soir, il ressentit un point douloureux à la base gauche. Le lendemain, comme d'habitude, il alla à son travail; mais, le surlendemain, 5 mai, il dut s'aliter, tant étaient intenses le point de côté et l'oppression. On nota alors de la fièvre, de la toux et une expectoration assez abondante.

Au bout d'une huitaine, il se trouvait très amélioré, lorsque le 14 et le 15, la maladie s'aggrava.

Il ressentit alors un point de côté d'une violence inouïe, un peu en dehors du sein gauche. Quelques jours après, le 22 mai, il vomit dans une violente quinte de toux, une grande quantité d'un pus louche, de couleur marron (environ un crachoir et demi); ce qui le soulagea beaucoup.

Les jours suivants, il expectora encore de grandes quantités de pus, qui allèrent peu à peu diminuant. M. Joserand, le voyant pour la première fois, le décida à entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

Actuellement au premier abord l'état général a l'air satisfaisant, toutefois le malade déclare qu'il avait maigri de vingt kilos depuis le début de son affection. Il a le teint un peu jaunâtre.

La température est de 39°.

Il se sent assez d'appétit et mangerait volontiers même, si on ne le maintenait à la diète.

Il tousse assez peu et crache, surtout le matin, une bonne quantité de pus, couleur jaune verdâtre, très fétide.

La dyspnée n'est pas vive au repos. — Le point de côté persiste à gauche, très atténué.

Examen du poudon.

Le thorax offre peut-être une légère rétraction du côté gauche.

En arrière, à la percussion, tout le poudon gauche sonne mal, mais surtout à sa partie moyenne, la base sonnant mieux que le reste. Quand on examine l'aisselle, on s'aperçoit que toute la partie inférieure est parfaitement sonore et que la matité ne commence guère qu'à partir de la sixième côte.

Puis tout à fait en avant, la sonorité est parfaitement normale.

Les vibrations sont conservées, faibles toutefois à l'extrême base. Il ne semble pas y avoir de flot.

A l'auscultation, au sommet, on entend bien le murmure, entrecoupé de petits bruits qui semblent être des frottements plutôt que des râles. Les frottements augmentent d'ailleurs, à mesure qu'on s'approche de la base. Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, ils s'accompagnent de râles fins, assez éclatants de timbre, qui n'apparaissent souvent qu'à l'occasion de la toux et qu'on perçoit jusqu'à la base. A l'extrême base, le murmure est très obscur. Nulle part il n'existe de souffle, ni d'égophonie, mais, vers l'angle inférieur de l'omoplate, on a de la pectoriloquie aphone.

Dans l'aisselle, au niveau de la zone mate, on a un foyer de petits râles très éclatants et même, par instant, dans les inspirations qui précèdent les fortes secousses de toux, on entend un souffle inspiratoire à timbre creux.

En avant, pas de modification notable de la respiration.

A droite, la respiration et la sonorité sont normales.

Au cœur, la pointe n'est pas nettement perçue, mais le cœur ne semble pas sensiblement déplacé. On entend très bien les bruits, à leur place. Il y a une tendance au bruit de galop. Pas de souffle.

Le pouls est régulier, de forte tension.

Rien à signaler dans les autres organes. Pas de diarrhée, pas d'œdème.

Pas d'albuminurie.

8 juin. — Comme signes nets, on a seulement une zone de matité « suspendue » en arrière au niveau de la partie supérieure du corps de l'omoplate, vers les quatrième et cinquième espaces. A ce niveau on note un souffle léger, mais à timbre un peu creux. — Pas de râles. — Pas de succussion hypocratique. — Pas de bruit d'airain. — Aucun signe de pyopneumothorax.

Dans l'aisselle on a eu, par instant, au début du séjour, au niveau du cinquième espace, un petit souffle creux, qu'on n'a pas retrouvé par la suite. On avait là, de plus, quelques râles éclatants, qui ont été rattachés à l'estomac, alors très distendu.

On a pratiqué plusieurs ponctions exploratrices, à un ou deux jours d'intervalle, qui ont été faites successivement.

La première, à la base, en arrière = négative.

La deuxième, dans l'aisselle, au niveau du cinquième espace, où on avait perçu le petit souffle creux = négative.

La troisième, le long du bord spinal de l'omoplate au niveau de la zone submate et du souffle creux, vers le cinquième espace ou le sixième, en reculant un peu en dehors l'omoplate = négative.

On fait alors pratiquer l'examen radioscopique, lequel révèle une zone d'obscurité suspendue, correspondant à la zone submate du niveau de l'omoplate, nettement limitée : *en haut*, par une zone claire de poumon sain ; *en bas*, par une bande claire, qui la sépare de l'obscurité cardiaque ; *en avant*, cette zone obscure s'étend de la clavicule à la quatrième côte, mais un peu en dehors séparée de l'obscurité sternale, par une bande claire de 2 ou 3 centimètres. De plus, le diaphragme est immobilisé à gauche et l'on note, à ce niveau, une étroite bande obscure, correspondant probablement à des adhérences. (8 juin).

Le lendemain, on fait une quatrième ponction exploratrice, un peu au-dessus et en dehors de la troisième au niveau de la zone submate à la percussion et obscure à la radioscopie et l'on décline très fortement l'omoplate en dehors, en attirant le bras gauche du malade en dedans et en abaissant le moignon de l'épaule = positive. — On donne ainsi issue à un pus jaune verdâtre, très fétide.

Le lendemain, dans le but de voir si on ne pourrait pas aborder le foyer par la voie axillaire, on fait une cinquième ponction, dans l'aisselle, au-dessus du point marqué par la deuxième = négative.

Il faut signaler, à ce propos, que le malade accuse nettement ressentir la sensation d'un orifice, par où s'écoulerait le pus ; il le localise à la partie supérieure du sein gauche, en avant et un peu en dehors, légèrement en dedans du point où l'on a pratiqué la cinquième ponction.

Examen bactériologique.

a) Des crachats. — Pas de bacilles de Koch. C'est du pus à peu près pur. — Flore microbienne très riche et très variée, dans laquelle il est difficile de distinguer un élément prédominant : Cocci, diplocoques, bacilles très nombreux, etc.

b) Du pus de la quatrième ponction — mêmes résultats — on ne peut, évidemment, en tirer une conclusion ferme relative à l'élément causal de l'affection.

10 juin. — On fait passer le malade dans le service de M. Vallas, pour y être opéré.

16 juin. — Pendant qu'il se trouve dans le service de chirurgie, la fièvre tombe peu à peu. L'expectoration a beaucoup diminué. On décide, sur les instances du malade, à différer l'intervention.

18 juin. — Voyant qu'on ne l'opère pas encore, et toujours irrésolu, le malade sort du service, malgré l'avis du chirurgien. Il n'a plus qu'une fièvre modérée, il crache beaucoup moins de pus.

De l'étude raisonnée que nous allons tenter, de nos cinq observations inédites et des quelques autres, puisées dans les auteurs, rapportées ci-dessus, il est possible de mettre en lumière la physionomie clinique toute spéciale de ces pleurésies purulentes interlobaires, puis d'en tirer quelques conclusions, extrêmement utiles et intéressantes, nous semble-t-il, au point de vue thérapeutique.

Nous ne voulons pas insister sur le côté anatomo-pathologique de cette étude. Ce point a été depuis longtemps parfaitement traité. Nous n'aurions rien de nouveau à en dire. Il nous suffira de faire quelques réflexions à propos de la symptomatologie et d'insister sur le seul traitement qui convient à cette affection. Nous diviserons donc notre brève digression en trois paragraphes que nous étudierons successivement : les signes de l'empyème interlobaire avant la vomique ; leur évolution après la vomique ; la thérapeutique la plus rationnelle qu'il convient de leur opposer.

En proposant cette division des empyèmes interlobaires au point de vue symptomatique, nous n'avons pas la prétention de faire rien de bien nouveau ; car il est depuis longtemps classique d'opposer l'une à l'autre les périodes d'avant et d'après la vomique.

§ I. — Des signes de l'empyème interlobaire
avant la vomique.

Nous allons envisager deux cas, suivant que la pleurésie purulente interlobaire est primitive ou bien secondaire.

A. — EMPYÈME PRIMITIF. — Il est causé par une infection pleurale paraissant primitive, ou bien il évolue pour son propre compte, correspondant alors à une métastase septique.

Son début, qui peut être assez rapide, offre rarement l'allure de la vraie brusquerie.

Une dyspnée, parfois très vive; un point de côté, qui peut être l'unique symptôme; de la fièvre à grandes oscillations; de petits frissons plus ou moins répétés, suivis de sueurs profuses; un souffle scapulaire avec foyer de râles ou plutôt de frottements-râles; de la matité en écharpe « suspendue » au niveau de laquelle les vibrations vocales sont absentes le plus souvent ou atténuées; un déplacement léger, mais inconstant, du cœur vers la droite; la persistance de la sonorité dans l'espace de *Traube*: voilà ce que révèlent à la fois l'interrogatoire et l'exploration physique méthodiquement appliquée.

L'absence de toute expectoration, dûment caractérisée, doit être considérée, dans ces cas, sinon comme un signe pathognomonique, eu égard à l'ensemble du tableau clinique, du moins comme un signe très important. On le retrouve volontiers; il est remarquable qu'on n'ait jamais assez insisté sur lui.

Au bout de quelques jours (le délai est très variable) durant lesquels persistent intacts ou aggravés tous les signes énumérés, on note une fétidité intermittente de l'haleine, accompagnée ou non de quelques crachats purulents : c'est l'annonce de la vomique.

La courbe de la température montre un plateau assez élevé ou à grandes oscillations.

La ponction exploratrice alors pratiquée, est souvent négative. Nous y reviendrons tout à l'heure.

B) — EMPYÈME SECONDAIRE. — Il nous semble rationnel d'en isoler trois types principaux, eu égard à leur étiologie.

1° L'empyème succède aux foyers de sphacèle siégeant au centre du poumon et causés soit par une gangrène pulmonaire, soit par une embolie de nature septique. Il est, cela se conçoit, de nécessité absolue de bien étudier les signes de l'affection primitive causale qui masquent plus ou moins ceux de l'épanchement.

La toux violente et quinteuse à recrudescence subite ; la fétidité de l'haleine ; un point douloureux, en arrière, dans la région moyenne du thorax ; une zone de matité, plus ou moins étroite superposée au foyer douloureux ; des bouffées de râles sous-crépittants circonscrits, perçues au même niveau ; l'absence de vibrations thoraciques seront des signes propres à faire soupçonner la présence du pus et guideront la fonction exploratrice, qui, seule, si elle est positive, confirmera le diagnostic.

2° L'Empyème survient chez un malade, ancien tousseur, qui peut être bronchitique ou tuberculeux. Tel est le cas du malade de notre observation XIII. par exemple. Comment faut-il interpréter les premiers signes de cette affection, ici, c'est la bronchite, qui l'a confiné six mois au lit ? On conçoit combien est difficile le diagnostic, alors que le malade se décide enfin à venir demander des soins au médecin.

Son état général paraît fort atteint. La dyspnée, loin de cesser depuis ce lointain début, a subi une accentuation considérable. Il existe un point de côté plus ou moins violent à siège axillaire ou antérieur ou voisinage du mamelon.

L'examen de la poitrine permet de mettre en évidence une zone de matité spéciale, quant à sa forme et à sa situation, sur le trajet ordinaire de la scissure interlobaire. — On note parfois un déplacement bien net du cœur vers la droite. DIEULAFOY, dans ses leçons cliniques ; GÉRARDT, dans son mémoire ; ROSENBAACH, dans l'observation que nous rapportons, attachent une grande valeur à ce signe. — Les vibrations thoraciques sont absentes.

On a pu trouver le phénomène du flot.

La matité ne se déplace pas, cela va sans dire.

On a recours à la ponction exploratrice, qui fixe le diagnostic.

3° L'empyème est métapneumonique. C'est peut-être de tous, le plus fréquemment observé. Nos observations en font foi.

Son début, dans ce cas, est assez rapide. Quelques jours après la résolution plus ou moins complète de

la pneumonie antérieure (comme pour le malade de la seconde observation de M. Duplant), on note un nouveau point de côté à siège antéro-inférieur. En même temps, la température apparaît très élevée.

On observe une zone mate, sans vibrations, d'abord très étendue, puis mieux localisée. Elle prend la forme suspendue, en écharpe.

Le cœur peut être dévié si l'épanchement siège à gauche. La dyspnée est très intense.

Il y a des râles ou des frottements-râles, qui sont très volontiers pris pour des râles sous-crépitants de retour. C'est encore à la ponction exploratrice, maintenant que la curiosité est éveillée, qu'il faut avoir recours pour affirmer le diagnostic.

Dans presque toutes les observations citées, on a éprouvé des échecs ; si rarement le succès a couronné la première tentative ; il a fallu répéter deux, quatre et... jusqu'à treize fois (III^e Obs.), la ponction pour obtenir un résultat positif et amener au jour la goutte du pus révélateur. Pourquoi ces multiples échecs ? Nous avons voulu y répondre. Aussi, nous semble-t-il que dans tous les cas où le diagnostic de pleurésie interlobaire pourra se poser, il sera nécessaire de faire systématiquement les ponctions en zone mate, toujours de bas en haut, et sur le trajet présumé de la scissure interlobaire. Il faudra de plus se souvenir que dans les empyèmes du type supérieur, la seringue possédera une aiguille suffisamment longue, comme nous l'avons dit au début de notre travail. Ce sera, en outre, une excellente manœuvre de faire, à l'instar de M. Josserand, par des mouve-

ments appropriés, exécutés par le membre supérieur, écarter au maximum du tronc et de la colonne vertébrale, le bord spinal de l'omoplate. On atteindra mieux ainsi la scissure interlobaire dans la boucle supérieure qu'elle décrit. — Il nous semble, enfin, que la ponction exploratrice pratiquée dans la zone antéro-inférieure de la scissure a plus de chance de rester négative.

Nous n'aurions garde d'oublier les services que peuvent rendre au diagnostic précoce, aussi bien qu'à la thérapeutique (pour suivre les progrès de la guérison), la radiographie et la radioscopie. Nos observations en font foi. Cet examen est encore trop peu connu. La thèse de Joeger (Paris 1899) n'apporte guère de nouveaux renseignements. D'après ce que nous avons vu, on peut dire qu'il existe, dans les cas d'empyème interlobaire, une zone très obscure, qui couvre la scissure et son voisinage immédiat; mais, parfois (XVI^e Obs.), les adhérences du poumon à la plèvre diaphragmatique ou sur les côtés à la plèvre pariétale, apportent un très sérieux obstacle à l'examen ainsi pratiqué et en faussent les résultats.

Avant de terminer cet exposé symptomatique, nous voudrions dire quelques mots de deux petits signes susceptibles d'être rencontrés au cours de l'empyème interlobaire du type supérieur. Ils traduisent évidemment la compression du pneumogastrique dans le médiastin supérieur. Ce sont:

a) Des accès de toux quinteuse, provoqués surtout par les changements de position du malade et accom-

pagnés d'expectoration mousseuse, ce signe a été rappelé par M. Mouisset, médecin des Hôpitaux, au cours de la communication de M. Duplant à la Société des Sciences médicales de Lyon (22 juin 1901);

b) De son côté, M. Duplant a vu, signalé et observé de l'œdème unilatéral de la face, expliqué par la compression de la veine jugulaire : le pus refoulant le sac interlobaire distendu, vers le hile du poumon.

§ II. Evolution de l'empyème interlobaire après la vomique

Nous avons à peine besoin de répéter ici que la vomique, consécutive aux pleurésies interlobaires est toujours très précoce, la plus précoce même de toutes les vomiques. Elle apparaît à partir du douzième jour et rarement se fait attendre jusqu'au troisième mois. Il n'est plus contestable d'affirmer qu'elle possède une valeur diagnostique considérable et même capitale. Elle suffit, à elle seule, pour fixer une diagnostic hésitant.

Est-elle, comme l'a jadis soutenu, un signe de pronostic, favorable quand elle apparaît de bonne heure et ne se renouvelle pas? Ceci est très discutable.

Doit-on lui accorder une valeur curatrice? Avec M. Dieulafoy nous pensons qu'il n'en est rien.

Comment donc évoluent les empyèmes interlobaires après l'apparition de la vomique? Ceci nous conduit à examiner les modalités suivantes, qui caractérisent

l'évolution ultérieure de l'affection que nous étudions :

1° Ou bien, après la vomique, la guérison arrive à une échéance plus ou moins rapprochée (témoin le cas de notre XI^e obs.) où la malade se rétablit complètement dix-sept mois seulement après la première vomique, et après avoir rejeté péniblement la membrane pyogénique qui tapissait les parois de son abcès intrapleurale.

2° Les accédents persistent. C'est le cas de notre malade de l'observation XII. La température qui était en plateau devient oscillante, à grandes enjambées. L'état général, au lieu de se relever, s'accuse plus mauvais. Toutefois la dyspnée est moindre.

Que s'est-il passé ? Il y a eu réinfection de la cavité, grâce à la persistance de la fistule trachéo-pleurale perméable à l'air. Le liquide stagne d'ailleurs toujours en partie, et la poche ne saurait s'évacuer complètement par les voies naturelles. Est-il rien de plus intéressant à cet égard que les observations X et XI ?

3° Après la vomique, l'affection évolue comme une tuberculose à la période cavitaires. Les malades seraient bien nommés des pseudophymiques interlobaires ; on fait quelquefois cette erreur de diagnostic. Les malades présentent des signes cavitaires au sommet ou dans la partie moyenne du poumon. Ils apparaissent fortement cachectiques et expectorent abondamment.

Avant, comme après la vomique, on les prend pour

des tuberculeux. Notre malade de l'observation VI et celui de l'observation XII furent dans ce cas.

Notons qu'on a souvent noté l'apparition d'hémoptysies, auxquelles M. Dieulafoy a très justement appliquées l'épithète d'*Hémoptysies interlobaires*.

4° Enfin nos observations nous montrent aussi ce fait intéressant en quelques cas, c'est que l'opération, faite après la vomique, n'a souvent qu'un effet curatif, justement qualifié de *lointain*. Il existe alors cette fistule trachéo-pleurale dont nous avons parlé si souvent et qu'il faudrait, à tout prix, oblitérer. (Observations II et XI).

Les soins médicaux sont impuissants à guérir un empyème interlobaire ; voilà ce qu'il ne faut pas craindre de redire. Le rôle du médecin n'est cependant pas négligeable. Il a le devoir très impérieux de faire un diagnostic précis, aussi hâtif que possible. Mais c'est au chirurgien qu'est dévolu le rôle d'apporter au malade la guérison complète.

Il faut opérer ces malades et les opérer au plus tôt. Cependant la pleurotomie, si elle est suffisante dans bon nombre de cas, doit, dans quelques autres, utiliser les avantages d'un drainage parfait à l'aide de la gaze stérilisée. Par ce moyen, on vide bien mieux la poche et on provoque la formation d'adhérences salutaires.

1° Où faut-il opérer ?

Sur le trajet de la scissure interlobaire. Nous savons qu'elle prend son origine, en arrière, à *droite* vers la cinquième côte, à gauche, vers la quatrième,

qu'elle s'élève en dôme jusqu'à cinq centimètres du sommet du poulmon. Nous savons d'autre part qu'elle suit dans sa grande ligne, le trajet de la cinquième côte. Voilà la ligne d'opération.

Nous répéterons ici qu'il ne faut pas oublier l'inclinaison spéciale, vers le hile du poulmon, du plan de la scissure. Cette notion a son importance.

2° Quelle technique employer ?

Serait-elle la même pour tous les empyèmes interlobaires ? Nous ne le croyons pas. Nous savons qu'on peut diviser les empyèmes en

- a) Supérieurs, d'ailleurs très rares ;
- b) Moyens, les plus communs au début ;
- c) Inférieurs qui succèdent aux précédents ;
- d) Mixtes, qui englobent les deux variétés précédentes.

Au point de vue opératoire, nous préconiserons volontiers deux types d'incision :

I. — Dans le champ de Rochard, c'est-à-dire entre la quatrième et septième côte, entre les cartilages costaux et le bord externe de l'omoplate. C'est là l'opération de choix pour les empyèmes du sommet et de la partie moyenne (témoins les faits cités par cet auteur). Nous verrions avec avantage pratiquer une incision plus postérieure. C'est ce que fit M. Gallois pour le malade de notre observation XIII. On s'assurera, au doigt, du trajet et des dimensions de la cavité suppurante. On élargira au besoin l'incision après l'exploration ainsi pratiquée pour en

donner le plus de jour possible. Il n'est pas indispensable de réséquer partie d'une ou plusieurs côtes. Il faut toujours bien drainer. Eviter tout lavage est le mieux.

II. — Dans les empyèmes inférieurs ou mixtes, lorsque la matité prédomine dans l'aisselle ou plus bas encore, en avant, l'incision sera mieux faite en ce lieu. On se laissera, comme toujours guider par la ponction qui aura donné le pus.

N'oublions pas de rappeler l'excellente et très utile modification rapportée par M. Forgue (in thèse Girard) et pratiquée par M. Tuffier (in observation II), c'est-à-dire, le remplissage de la cavité à l'aide de gaze stérilisée et la contre-ouverture de drainage.

3°. — Ce que nous avons dit dispense d'insister encore davantage sur l'utilité de l'opération. Cette utilité est trop évidente. Témoins les cas mortels de Martinez Méza, d'Olivier et de Chauffard, le cas malheureux de Sergent. Dans notre observation XVI, il est fort regrettable que le malade, méconnaissant son intérêt, ait refusé l'opération. Nous n'avons pu obtenir des renseignements sur son état actuel; mais il y a tout lieu de croire, qu'il reviendra, sous peu, demander à la chirurgie la guérison que seule, elle est capable de lui donner complète.

4°. — Comment se comportent ces empyèmes après l'opération ?

Nous affirmons que la guérison sera toujours très simple et très rapide, quand on opérera de bonne

heure, avant la vomique. Notre observation XIII où la guérison survint en quinze jours en est la preuve.

L'opération pratiquée après la vomique amènera une guérison, quelquefois rapide, mais toujours plus longue que dans le cas précédent.

Enfin, il ne sera pas extraordinaire de voir la guérison tarder parfois plusieurs mois : témoins notre observation XII et celle de Prengrueber et Beurmann.

CONCLUSIONS

1° — Le diagnostic de la pleurésie interlobaire est très difficile, surtout avant la vomique. On se laisse d'ordinaire surprendre par cet accident.

Quelques signes, cependant, ont une grande valeur pendant la première période de cette affection.

Si la pleurésie est primitive, elle correspond souvent à la séméiologie d'une pneumonie du lobe supérieur avec ces différences : l'expectoration n'existe pas, le plus souvent ; la zone de matité suspendue, « en écharpe » s'accompagne d'abolition des vibrations ; le cœur est un peu dévié si l'épanchement est assez abondant ; l'espace de Traube reste sonore.

L'examen radioscopique et la ponction exploratrice faits systématiquement sont d'un précieux secours.

Si la pleurésie est secondaire, la marche de la température ; l'état général, depuis plus ou moins longtemps atteint, et les signes précédents, sauf l'absence d'expectoration, permettront de déceler l'épanchement.

2° — Il faut éviter au malade les dangers de la fistule trachéo-pleurale. La vomique étant très rare-

ment curatrice, même dans l'empyème métapneumonique;

3° — L'expulsion abondante de pus par les voies aériennes ne fera pas repousser l'opération, si après quelques jours la température persiste et si l'état général ne s'améliore pas;

4° — Il faut toujours opérer le plus tôt possible et assurer le drainage parfait de la cavité suppurante. Le tamponnement de la poche pourra permettre parfois l'obstruction de la fistule trachéo-pleurale.

Le Président de la Thèse,

P. COURMONT.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 juillet 1901.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Outre les articles des Dictionnaires et des grands traités nous citerons :

- TROUSSEAU. — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, tome I. Paris, 1868.
- DIEULAFOY. — *Clinique médicale*, année 1898-99, et *Semaine médicale*, 8 novembre 1899.
- DUPLANT. — Des Pleurésies enkystées. In *Province médicale*, 1^{er} octobre 1898.)
- DUPLANT. — *Province médicale* du 22 juin 1901. (Deux cas de pleurésie interlobaire).
- PERRIER. — Thèse Paris, 1878. — Etude sur la Pleurésie interlobaire suppurée.
- MARTINEZ-MESA. — Thèse Paris, 1879. — Contribution à l'étude de la Pleurésie interlobaire suppurée.
- PRENGRUEBER et DE BEURMANN. — (In *Bulletin de l'Académie de médecine*, 19 octobre 1886 et *Semaine Médicale*, 1886, pages 415-416.)
- PAILHAS. — Thèse Paris, 1889. — Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire suppurée : symptômes, diagnostic, traitement.
- MILLET. — Thèse Paris, 1890. — L'Empyème gangréneux interlobaire.
- ROCHARD. — (In *Gazette des Hôpitaux*, 1892.) — Topographie des scissures interlobaires du poumon.
- HASSLER. — *Lyon médical*, 1895.
- GRIFFON. — *Presse médicale*, août 1895.

- TERRIER. — Chirurgie du poumon, page 60. — Paris, 1897.
- GIRARD. — Thèse Montpellier, mars 1898. — Etude sur la pleurésie interlobaire, au point de vue médical et chirurgical.
- GÉRARHDT. — Travail d'ensemble. — (In *Berlin Klini. Wochenschrift*, 1893.)
- ROSENBACH. — (In *Encyclopédie de Nothnagel*, 1899.)
- SERGEANT. — Un cas de pleurésie interlobaire. — (In *Presse médicale* 1900.)
- JAEGER. — Thèse Paris, 1899. — Les rayons X et les pleurésies interlobaires.

